



## INFORMATIONS ESSENTIELLES POUR REMPLIR VOTRE FORMULAIRE D'ADHÉSION

### SSQ Groupe financier Syndicat APES Pharmaciens

#### 1. Adhésion à l'assurance collective

Le formulaire d'adhésion à l'assurance collective doit être rempli **OBLIGATOIREMENT**, que vous soyez déjà couvert(e) par un autre régime d'assurances ou non.

Voici les 2 situations possibles :

<p align="center"><b>Situation 1</b></p> <p align="center"><b>Je suis actuellement couvert(e) par un autre employeur ou par le régime d'assurances de mon conjoint/mes parents.</b></p>	<p align="center"><b>Situation 2</b></p> <p align="center"><b>Je suis actuellement couvert(e) par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ou je ne suis pas couvert(e) par un autre assureur.</b></p>
<p>Vous devez remplir le formulaire d'adhésion en cochant la case <b>Exemption</b> (voir exemple dans la section Adhésion du formulaire)</p> <p>ET</p> <p>Vous devez fournir une preuve de l'existence de cette protection, soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ une photocopie de la carte d'assurance; OU</li> <li>✓ une photocopie du certificat du régime d'assurances; OU</li> <li>✓ une lettre de confirmation de l'employeur.</li> </ul>	<p>Vous devez remplir le formulaire d'adhésion et résilier votre contrat d'assurance actuel, c'est-à-dire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si vous êtes couvert(e) par le contrat d'un autre établissement du réseau de la santé* et que votre lien d'emploi est toujours maintenu (liste de rappel), vous devez aviser l'autre employeur pour la procédure à suivre afin de mettre fin à l'assurance selon la date de prise d'effet de la période d'admissibilité du nouveau contrat.</li> <li>• Si vous êtes inscrits à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), vous devez obligatoirement vous désactiver de ce programme (voir dépliant Service PRASE – Assurances collectives).</li> </ul> <p><i>* Toutefois, si vous avez remis une preuve écrite de votre démission chez un autre employeur du réseau de la santé, veuillez nous indiquer la date de fin de lien d'emploi. Si votre départ est à l'intérieur de 30 jours, vous êtes admissible dès votre date d'embauche.</i></p>
<p align="center">À noter que dans les deux situations, vous devez <b>OBLIGATOIREMENT</b> remplir le formulaire d'adhésion qui vous sera remis lors de votre journée d'accueil et le retourner dans les 14 jours suivant votre embauche.</p> <p align="center"><b>Après ce délai, le régime d'assurance obligatoire sera inscrit à votre dossier avec une protection minimale individuelle, tel que stipulé à la brochure d'assurance disponible sur le site Web PRASE.</b></p>	

## Comment déterminer le statut du contrat d'assurance ?

Le statut du contrat d'assurance est généralement déterminé par les personnes à assurer, c'est-à-dire :

- **Individuel** : seulement la personne salariée est assurée.
- **Monoparental** : la personne salariée et ses enfants à charge sont assurés (particularités selon le contrat de l'assureur).
- **Familial** : la personne salariée, son conjoint et les enfants à charge sont assurés.

## Qu'est-ce qu'une personne à charge ?

Le conjoint, le conjoint de fait ainsi que tout enfant à charge de la personne salariée sont considérés comme personne à charge.

- **Conjoint** : personne mariée ou unie civilement à la personne salariée.
- **Conjoint de fait** : personne qui cohabite depuis au moins un an avec la personne salariée. Deux personnes sont également considérées comme conjoints de fait immédiatement après la naissance d'un enfant issu de leur union.
- **Enfant à charge** :
  - personne âgée de moins de 18 ans;
  - personne âgée de moins de 26 ans et étudiant à temps complet dans un établissement d'enseignement reconnu (des preuves de fréquentation scolaire devront être fournies à l'assureur pour chaque session);
  - personne âgée de 18 ans et plus atteint d'une invalidité totale ou d'une déficience fonctionnelle.

## 2. Accès à l'assurance collective pour le personnel retraité

<b>Situation 1</b> Je suis à la retraite et je bénéficie du <b>régime de retraite RREGOP</b> (réseau de la santé, de l'éducation et Fonction publique)	<b>Situation 2</b> Je suis à la retraite, mais je ne bénéficie pas du <b>régime de retraite RREGOP</b> (réseau de la santé, de l'éducation et Fonction publique)
Vous n'êtes plus admissible à l'assurance collective.  <b>Vous n'avez pas à remplir le formulaire d'adhésion à l'assurance collective.</b>	Veuillez remplir le formulaire d'adhésion et nous l'acheminer <b>dans les 14 jours</b> suivant votre embauche.  Si vous êtes inscrits à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), vous devez <u>obligatoirement</u> vous désinscrire. (voir dépliant Service PRASE – Assurances collectives)

## 3. Transmission du formulaire d'adhésion à l'assurance

Vous avez 4 façons de nous retourner le formulaire :

- par télécopieur au 819 780-1821;
- par courriel à l'adresse [prase.assurances.collectives.estrie@ssss.gouv.qc.ca](mailto:prase.assurances.collectives.estrie@ssss.gouv.qc.ca) (photo claire et complète du formulaire acceptée);
- par la poste à l'adresse suivante :  
Coordination paie, rémunération et avantages sociaux, secteur Assurances collectives  
500, rue Murray, local EM-0300  
Sherbrooke (Québec) J1G 2K6
- lors de votre journée d'accueil (remettre votre preuve d'assurance avec votre n° d'employé, si applicable).

**Assurez-vous d'écrire lisiblement.**

**Pour toute question, veuillez communiquer avec l'équipe Assurances collectives par téléphone au 819 780-2220, poste 47777, option 2 puis option 1.**

LA PERSONNE ADHÉRENTE DOIT REMPLIR LES SECTIONS 1-2-3-7 ET LES SECTIONS 4 ET 6 SI NÉCESSAIRE  
L'EMPLOYEUR DOIT REMPLIR LA SECTION 5  
LA SECTION 8 EST RÉSERVÉE À SSQ

C.P. 10500, Succ. Sainte-Foy, Québec (Québec) G1V 4H6

**1 Renseignements généraux - Personne adhérente**

Nom		Prénom		N° d'assurance sociale	
Adresse			Code postal		N° tél. au travail
Ancien établissement du réseau de la santé et des services sociaux				Date de départ	
Travaillez-vous dans 2 établissements ou plus? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>				Si oui, noms des établissements	
Date de naissance		Sexe		Communication	
A M J		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Fr. <input type="checkbox"/> Ang. <input type="checkbox"/>	
				Êtes-vous déjà assuré(e) par SSQ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
				Si oui, votre N° de certificat	
				Est-ce une demande pour un transfert d'un établissement à un autre? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	

Événement justifiant la demande de changement. Indiquez la date de l'événement (Pour la cohabitation, indiquer la date de début)

(Pour les points 1 à 7)

- |                                     |   |                                |   |
|-------------------------------------|---|--------------------------------|---|
| 1. COHABITATION *<br>(Vie maritale) | → 1.1 Un enfant est-il issu de l'union? → Si oui, date de naissance de l'enfant | 3. ADOPTION *                  | 6. SÉPARATION *                         |
| 2. MARIAGE OU UNION CIVILE *        |   | 4. NAISSANCE                   | 7. DIVORCE *                            |
|                                     |   | 5. PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT | * Completez la section 4 s'il y a lieu. |

**2 Régimes**

**Adhésion**

**Changement**

**1 RÉGIME DE BASE D'ASSURANCE MALADIE (OBLIGATOIRE)**  
(voir note 1 en page 3)

- Maladie Régulier
- Maladie Plus (Durée minimale de participation de 24 mois)

**2 RÉGIME COMPLÉMENTAIRE I (OBLIGATOIRE)**  
(voir note 2 en page 3)

a) Assurance frais dentaires

b) Assurance salaire de longue durée OBLIGATOIRE

c) Assurance vie de l'adhérent (1 fois le salaire) OBLIGATOIRE

**3 RÉGIME COMPLÉMENTAIRE II (FACULTATIF)**  
(voir notes 2 et 3 en page 3)

a) Assurance vie additionnelle de l'adhérent (1 à 3 fois le salaire)  fois (Indiquez le nombre total de fois désiré)

b) Assurance vie des personnes à charge (Indiquez le nombre total de personnes à charge)  (ET) ENFANTS

c) Assurance vie additionnelle du conjoint (5 à 20 tranches de 5 000\$)  tranches de 5 000 \$ (Indiquez le nombre total de fois désiré)

Dans la section 2, cochez la case correspondant au choix dans la sous-section **Adhésion**. Si vous souhaitez obtenir une exemption du régime d'assurances, veuillez fournir une copie de votre preuve d'assurance active (copie de la carte ou du certificat). À NOTER que si vous adhérez à la garantie de base médicament, le complémentaire 1 devient obligatoire avec possibilité de combinaison de statut tel que décrit au tableau du formulaire original.

Voir combinaisons de statut de protection possibles à la page 3.

\* La partie relative à l'exemp

**3 Bénéficiaire** (Remplir seulement si vous demandez l'assurance-vie.)

Je désigne comme bénéficiaire (au décès) :

Conjoint(e) légal(e) (1)  Conjoint(e) de fait (7)  Fils-filles (2)  Conjoint(e) légal(e) et fils - filles (6)  Père-mère (3)  Conjoint(e) de fait et fils - filles (8)  Frères-Sœurs (4)

Le bénéficiaire est révocable\*  (peut être changé en tout temps)

Le bénéficiaire est irrévocable\*  (ne peut être changé sauf avec le consentement écrit du bénéficiaire nommé irrévocable)

Nom(s) du(des) bénéficiaire(s) : \_\_\_\_\_

OU La somme assurée sera payable à la succession de l'adhérent

\* Au Québec, en l'absence de choix à cette question, la désignation du conjoint **légal** est irrévocable et la désignation de tout autre bénéficiaire est révocable.

**4 Désignation de la personne conjointe** (Remplir seulement si vous prenez l'assurance-vie additionnelle pour la personne conjointe.)

Nom		Prénom		Date de naissance			Sexe	
				année mois jour			M F	



DEMANDE D'ADHÉSION   
 DEMANDE DE CHANGEMENT

S'EMPLOIE SANS CARBONE — ÉCRIRE FERMEMENT S.V.P.

**5 Employeur**

Nom de l'organisme: **CIUSSS de l'Estrie - CHUS**

N° d'établissement: \_\_\_\_\_ N° de groupe: **D**

N° d'employé: \_\_\_\_\_ Date d'embauche: \_\_\_\_\_ Date d'admissibilité: \_\_\_\_\_ Reçu de l'employé: \_\_\_\_\_

**ABSENCE DU TRAVAIL?**  
 Est-ce que la personne adhérente est présentement absente du travail?  
 Non  Oui Si oui, raison: \_\_\_\_\_  
 Date du début de l'absence: \_\_\_\_\_  
 La personne adhérente:  
 a maintenu sa participation  a suspendu sa participation (sauf le régime d'assurance maladie)

**DIMINUTION DE PROTECTION**  
 Date de prise d'effet de la diminution: \_\_\_\_\_

**SALAIRE ANNUEL SELON LA CONVENTION COLLECTIVE**  
 (comme si 100% du temps plein) \_\_\_\_\_ \$ / année

Je certifie que les renseignements sont exacts et complets.  
 N° tél. ( ) \_\_\_\_\_ Poste \_\_\_\_\_

Nom du représentant de l'employeur (lettres moulées): \_\_\_\_\_  
 Signature du représentant de l'employeur: \_\_\_\_\_

**Admissibilité :**  
 Employé temps partiel : 1 mois pour la base médicament et 3 mois pour les options.  
 Employé temps complet : 1 mois de la date d'embauche.

- participer à l'assurance
  - de cesser de participer à l'assurance
  - ne pas participer à l'assurance
- (Voir note 4 en page 4)

**Exemption**

Début d'exemption ► Date de début d'exemption: \_\_\_\_\_

Fin d'exemption ► Date de la fin d'ex: \_\_\_\_\_

**ASSURANCE MALADIE**  **COMPLÉMENTAIRE I (FRAIS DENTAIRES)**

- conservez la preuve de l'existence de l'assurance permettant l'exemption.
- conservez la preuve de la fin de l'assurance ayant permis l'exemption.

**Si vous avez adhéré à l'assurance-vie additionnelle seulement.**

**Remarques**

**6 Déclaration de personne non-fumeuse**

Je soussigné(e), déclare être une personne non-fumeuse et n'avoir fumé aucun produit de tabac tel que cigarette, cigare ou pipe, ni aucune drogue au cours des douze (12) derniers mois. Il est entendu que SSQ peut demander périodiquement une confirmation de ce statut. À défaut de répondre, la personne assurée perd ce statut et ne bénéficie plus de la réduction de primes qui s'y rattache à compter de la date de la demande de SSQ. Je reconnais également que toute fausse déclaration ou réticence peut entraîner la nullité de la protection.

Date: \_\_\_\_\_ Signature de la personne adhérente: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Signature de la personne conjointe: \_\_\_\_\_

**7 Signature** Retournez ce formulaire rempli et signé par courriel à [prase.assurances.collectives.estrie@ssss.gouv.qc.ca](mailto:prase.assurances.collectives.estrie@ssss.gouv.qc.ca)

J'autorise mon employeur à déduire de mon salaire les primes requises en vertu des régimes que j'ai choisis. J'autorise mon employeur et SSQ à utiliser, pour des fins administratives, les renseignements contenus dans cette demande, y compris mon numéro d'assurance sociale. Je certifie que les renseignements inscrits sur cette demande sont exacts et complets. Je reconnais de plus avoir pris connaissance de l'avis au verso concernant les dossiers et les renseignements personnels et avoir conservé copie de la présente formule.

Date: \_\_\_\_\_ Signature de la personne adhérente: \_\_\_\_\_

**8 Section SSQ**

N° groupe		N° certificat				En vigueur				Classe		Adhérent sélection	
P						A M J						Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
	MAL.	FRAIS DENT.	I.H.	R.I.P.	VIE	M.M.A.	VIE	M.M.A.	VIE	M.M.A.	RENTES SURV.		
BASE							P.A.C.	CONJOINT	ENFANTS				
ADD.													
Adhérent fumeur oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Conjoint fumeur oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Codifié par _____		_____ le _____		année mois jour		Code certificat _____			

## CHOIX DE PROTECTION

### Note 1

Au moment de votre adhésion, vous devez choisir un régime d'assurance maladie (Maladie Régulier ou Maladie Plus) ainsi qu'un statut de protection pour ce régime. En vertu de la *Loi sur l'assurance médicaments du Québec*, vous avez l'obligation de protéger votre conjoint et vos enfants à charge, s'il y a lieu, sous réserve de ce qui est prévu en vertu du droit d'exemption. Si vous choisissez le régime Maladie Plus, vous devez maintenir votre participation à ce régime pour une durée minimale de 24 mois.

### Note 2

Pour le régime Complémentaire I – Assurance frais dentaires, il est possible de choisir un statut de protection différent de celui retenu pour le régime d'assurance maladie. Ce statut doit être égal ou inférieur au statut choisi en assurance maladie.

Les combinaisons possibles sont décrites dans le tableau suivant :

Régimes	Scénarios			
	1	2	3	4
Assurance maladie (Maladie Régulier ou Maladie Plus)	I	M	F	E
Complémentaire I – Assurance frais dentaires	I	I ou M	I, M ou F	I, M, F ou E

**I = Statut de protection individuel**  
**M = Statut de protection monoparental**  
**F = Statut de protection familial**  
**E = Exempté**

La participation au régime Complémentaire I - Assurance frais dentaires est obligatoire. Toutefois, pour tout pharmacien admissible travaillant 25 % ou moins du temps complet, la participation au régime complémentaire I est facultative. S'il choisit de participer aux régimes Complémentaires I et II, le pharmacien travaillant 25 % ou moins du temps complet doit participer également aux garanties d'assurance vie et d'assurance salaire de courte durée (104 semaines) prévues aux ententes.

### Droit de renonciation à la garantie d'assurance salaire de longue durée

Le pharmacien qui avait pris sa retraite et qui redevient admissible au présent régime en raison de son retour au travail peut renoncer à participer à la garantie d'assurance salaire de longue durée. Pour ce faire, le pharmacien doit joindre à sa demande d'adhésion une lettre confirmant son désir de renoncer à la garantie d'assurance salaire de longue durée. À défaut de communiquer sa décision par écrit à SSQ au moment de l'adhésion, la garantie d'assurance salaire de longue durée est automatiquement accordée au pharmacien et le prélèvement des primes est effectué de la manière habituelle.

### Note 3

La participation au régime Complémentaire II est facultative pour tout pharmacien admissible sous réserve de ce qui est prévu ci-après :

- pour pouvoir participer à l'assurance vie additionnelle de l'adhérent, le pharmacien doit participer à l'assurance vie de l'adhérent du régime Complémentaire I (des preuves d'assurabilité pourraient être exigées);
- pour pouvoir participer à l'assurance vie des personnes à charge, le pharmacien doit s'assurer selon un statut de protection monoparental ou familial pour le régime d'assurance frais dentaires ou s'en être exempté. La protection choisie pour l'assurance vie des personnes à charge doit correspondre au statut de protection choisi pour le régime d'assurance frais dentaires ;
- pour pouvoir participer à l'assurance vie additionnelle du conjoint, le pharmacien doit participer à l'assurance vie des personnes à charge pour son conjoint et ses enfants à charge (des preuves d'assurabilité pourraient être exigées).

### Assurance vie – Ajout ou retrait

Dans la colonne « j'ajoute » ou « j'enlève », le chiffre que vous inscrivez correspond à la protection que vous désirez et non pas au nombre d'unités que vous ajoutez ou enlevez. À titre d'exemple, si vous détenez 3 fois votre salaire en assurance vie additionnelle et que vous indiquez « 2 » sur la ligne sous « réduire à » de la colonne « j'enlève », nous retrancherons 1 unité de salaire de votre montant d'assurance vie additionnelle. Cette procédure est la même pour le montant d'assurance vie additionnelle du conjoint.

## CHOIX DE PROTECTION (suite)

### **Note 4**

En vertu de la *Loi sur l'assurance médicaments du Québec* et sous réserve du droit d'exemption, la participation au régime d'assurance maladie (Maladie Régulier ou Maladie Plus) est obligatoire car ce régime prévoit une assurance médicaments. Lorsque la personne adhérente indique qu'elle désire cesser de participer ou ne pas participer à l'assurance, elle doit tout de même participer au régime d'assurance maladie.

## AVIS

### **AVIS DE CONSTITUTION D'UN DOSSIER**

#### **Dossier et renseignements personnels**

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements concernant les personnes qu'elle assure, SSQ, Société d'assurance-vie inc. constitue un dossier d'assurance dans lequel sont versés les renseignements concernant leur demande d'adhésion ainsi que les renseignements relatifs à leurs demandes de prestations.

Sauf les exceptions prévues à la loi, seuls les employés, mandataires et fournisseurs de services qui sont responsables de la gestion du contrat, des enquêtes, de la sélection des risques et du traitement des demandes de prestations, ainsi que des réassureurs et toute autre personne que vous aurez autorisée ont accès à ce dossier. SSQ conserve les dossiers d'assurance dans ses bureaux.

Toute personne a le droit de prendre connaissance des renseignements la concernant et, le cas échéant, de les faire rectifier sans frais, en adressant une demande écrite à SSQ, Société d'assurance-vie inc., 2525, boul. Laurier, Case postale 10500, Succursale Sainte-Foy, Québec (Québec), G1V 4H6, à l'attention du Responsable de la protection des renseignements personnels. Toutefois, SSQ peut exiger des frais pour toute transcription, reproduction ou transmission de renseignements et informera préalablement la personne concernée du montant approximatif exigible.

#### **Mandataires et fournisseurs de services**

SSQ peut échanger des renseignements personnels avec ses réassureurs, ses mandataires et ses fournisseurs de services, mais uniquement pour leur permettre d'exécuter les tâches qu'elle leur confie. Les mandataires et fournisseurs de services de SSQ doivent se soumettre à la politique de SSQ sur la protection des renseignements personnels.

En adhérant à un régime d'assurance collective, de même que lorsque vous faites une demande de prestations, vous consentez à ce que l'assureur et ses mandataires et fournisseurs de services utilisent les renseignements personnels dont ils disposent à votre égard aux fins décrites ci-dessus. Il est entendu que l'absence de consentement compromet la gestion de votre assurance et la qualité des services que SSQ peut vous offrir.

Pour plus d'information, vous pouvez consulter l'Énoncé de la politique de protection des renseignements personnels sur le site [ssq.ca](http://ssq.ca).